

Lernbrief

Anträge auf Heilmittel bearbeiten

4.4 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

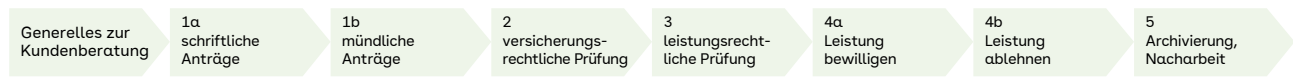
Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Anja Michelchen, Tel.: 030 34646-2175

Druck und Vertrieb durch

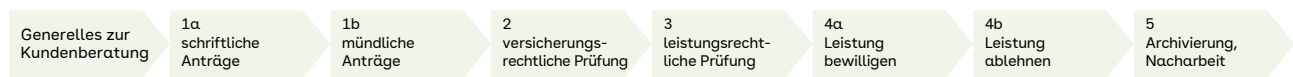
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	2
2 Lernziele	3
3 Heilmittel	4
3.1 Anspruchsvoraussetzungen	5
3.2 Leistungsumfang	6
4 Vertragliche Beziehungen	9
5 Zuzahlung	10
6 Krankenkassenwechsel	12
7 Zusammenfassende Selbstkontrolle	12
8 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	15



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit dem Prozess Heilmittel auseinander. Eine wichtige Aufgabe für Sie als AOK-Mitarbeitende ist es, den Versicherten im Krankheitsfall die Heilmittel kundenorientiert, unbürokratisch, marktgerecht anzubieten und die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen und entsprechend den Kunden anbieten zu können.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten. Die Inhalte des Teilprozesses 6.6 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Prüfungshinweis

Das Thema Heilmittel ist bereits für die Zwischenprüfung relevant.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die Kunden über Heilmittel zu beraten
- die schriftlichen oder mündlichen Anträge zu bearbeiten
- die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Heilmitteln im Beratungsgespräch vermitteln zu können
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Heilmitteln zu kennen und den Kunden unbürokratisch zur Verfügung zu stellen
- die Genehmigung der Heilmittel kundenorientiert zu formulieren und den Mehrwert der AOK aktiv zu verkaufen
- die Ablehnung der Heilmittel zu begründen und evtl. Alternativen anzubieten
- die Unternehmensziele der AOK bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen
- bei der Leistungsgewährung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen abzuwägen

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten



3 Heilmittel

Lernbeispiel

1a
schriftliche
Anträge

Ihre Kundin Sieglinde Sauer erhält von ihrem behandelnden Arzt die Heilmittelverordnung:

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK		Heilmittelverordnung 13	
Name, Vorname des Versicherten Sauter, Sieglinde		<input checked="" type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
Wohnort Wassersteige 20		geb. am 15.01.1955	
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. H771222111	Status 5000 1	
Betriebsstätten-Nr. 619200911	Arzt-Nr. 883661791	Datum 26.01.	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code G82.1 Spastische Paraparese			
Diagnosegruppe ZN		Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel Krankengymnastik ZNS nach Bobath		Behandlungsoptionen 25 - 30	
Ergänzende Heilmittel			
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen		Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz 1 – 2 wtl.	
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
Therapieziele: Linderung der Schmerzen aktuelle Beeinträchtigungen: starke Spastiken		883661791 Dres. med. Stefan und Ursula Brosch Fachärzte für Allgemeinmedizin Pestalozziallee 17 98765 Unterfelden Tel. 09999 9911-0 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
IK des Leistungserbringers		Muster 10/2020	



§ 27 Abs. 1
Satz 2 Nr. 3
SGB V

Im Rahmen der Krankenbehandlung ist als Leistung die Versorgung mit Heilmitteln vorgesehen.

3.1 Anspruchsvoraussetzungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 32 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
§ 2 HeiM-RL

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln. Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören Maßnahmen der

- Physiotherapie (z.B. Massage-therapie, Krankengymnastik, Elektrotherapie),
- Podologischen Therapie (medizinische Fußpflege),
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Ergotherapie (z.B. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) sowie
- Ernährungstherapie.

BSG-Urteil v.
28. 06. 2001,
USK 2001-36

Heilmittel sind Dienstleistungen, die von entsprechend ausgebildeten, berufspraktisch erfahrenen und nach § 124 SGB V zur Versorgung zugelassenen Personen erbracht werden und in erster Linie von außen auf den Körper wirken.

§ 73 Abs. 2
Satz 1 Nr. 7
SGB V,
§ 3 HeiM-RL

Die Heilmittel sind bei medizinischer Notwendigkeit vom Vertragsarzt/-ärztin zu verordnen. Sie sind Bestandteil der Krankenbehandlung und dienen einem Heilzweck oder sollen einen Heilerfolg sichern. Der/die Vertragsarzt/-ärztin kann die Verordnung ausstellen, wenn er/sie sich vom Zustand des Kranken überzeugt, dies dokumentiert und sich über die persönlichen Lebensumstände informiert hat. Krankenhäuser können nach einer Krankenhausbehandlung bei medizinischer Notwendigkeit für maximal sieben Tage Heilmittel verordnen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundes-

§ 39 Abs. 1a
SGB V
§ 16a
HeiM-RL

ausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeiM-RL) regeln weitere Grundsätze der Heilmittelverordnung. Schauen Sie sich diese genauer an.

Die Versicherten haben Anspruch auf Heilmittel, soweit sie nicht ausgeschlossen sind. Zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln gehören:

- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist (z.B. Hippotherapie [= therapeutisches Reiten], Musik- und Tanztherapie)
- Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, die jedoch nicht anerkannt sind (z.B. Les- und Rechtschreibschwäche)
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind (z.B. Sauna, Schwimmen, Baden)

Außerdem sind Heilmittel, die im Anwendungsgebiet der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden, ebenfalls von der Kostenübernahme ausgeschlossen. Verordnungen über Maßnahmen der physikalischen Therapie (z.B. Bäder oder Inhalationen) zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten sind das typische Beispiel für diese Regelung.

Die Heilmittelrichtlinien sind für die Krankenkassen und Vertragsärzte verbindlich. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der therapeutische Nutzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt ist.

§ 32 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
HeiM-RL
Anlage 1
„Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinie“

§ 6 HeiM-RL

§ 91 Abs. 6
SGB V,
§ 138 i.V.m.
§ 92 Abs. 1
Satz 2 Nr. 6
SGB V



3.2 Leistungsumfang

3
Leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 3 Abs. 4,
§ 4 HeilM-RL

Die Heilmittel-Richtlinien enthalten einen indikationsbezogenen Katalog aller verordnungsfähigen Heilmittel. Er beschreibt, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Diagnosen (Diagnosegruppen) zu einer medizinisch angemessenen und wirtschaft-

lichen Versorgung führen. Außerdem gibt er Auskunft darüber, welche Heilmittel im Einzelnen indikationsbezogen verordnungsfähig sind.

Den Heilmittelkatalog finden Sie unter www.G-BA.de/richtlinien/12. Im Folgenden ist ein Auszug abgebildet:

Auszug aus dem Heilmittelkatalog

(Heilmittel-Richtlinie, zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen)

2 Erkrankung des Nervensystems

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<u>ZN</u> ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/ Neuromuskuläre Erkrankungen z. B. - prä-, peri- postnatale Schädigungen (z. B. infantile Zerebralparese) - Fehlbildungssyndrome (z. B. Meningomyelocele, Spina bifida) - Zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor - Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen - Meningoencephalitis, Poliomyelitis - Querschnittssyndrome - Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks - Amyotrophe Lateralsklerose - M. Parkinson - Multiple Sklerose - Syringomyelie - Spinalis anterior Syndrom - Muskeldystrophie, -atrophie	a) Schädigung/Störung der Bewegungs- und Sinnesfunktion z. B. - Kontrolle der Willkürbewegung (z. B. Koordinationsstörung, Sensibilitätsstörungen) - Unwillkürliche Bewegung (z. B. Ataxie, Dystonie, Athetose) - Posturale Kontrolle b) Schädigung/Störung der Muskelfunktionen z. B. - Muskelkraft (z. B. Hemiparese, Paraparese, Tetraparese) - Muskeltonus (z. B. spastische Tonuserhöhung, Hypertonie) x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangiges Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe - KG-ZNS - KG-ZNS Kinder* Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie - Elektrotherapie - Elektrostimulation	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten - bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> * KG-ZNS Kinder: längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten



§ 7 HeilM-RL	<p>In den Heilmittel-Richtlinien wird davon ausgegangen, dass das Therapieziel mit der im Heilmittelkatalog angegebenen orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann, z.B. 30 Einheiten bei chronischen Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen. Dabei sind als Erstverordnung zunächst (meist) nur die im Heilmittelkatalog festgelegten Teilmengen verordnungsfähig, z.B. bis zu sechs Einheiten. Danach muss sich der/die Arzt/Ärztin erneut vom Zustand des Patienten überzeugen. Falls erforderlich, kann eine Folgeverordnung vorgenommen werden, wobei auch deren Teilmenge je Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog festgelegt ist. Je nach orientierende Behandlungsmenge sind weitere Folgeverordnungen möglich. Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung als Folgeverordnung. Der/die Vertragsarzt/-ärztin hat somit die Möglichkeit, die Behandlungseinheiten unabhängig von der Zahl der ausgestellten Folgeverordnungen bis zur orientierenden Behandlungsmenge flexibel einzusetzen.</p> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder Erkrankung muss die Höchstmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge ausgeschöpft werden.</p>	<p>pränatale Infektionen oder Hirnblutungen verursacht wurde) ergibt sich ein langfristiger Heilmittelbedarf.</p> <p>Dieser langfristige Heilmittelbedarf liegt bei Erkrankungen, die in Anlage 2 der HeilM-RL aufgelistet sind, vor und ist nicht vor der Behandlung zu beantragen bzw. zu genehmigen. Bei Erkrankungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser aufgelistet sind, entscheidet die AOK auf Antrag der versicherten Person (evtl. unter Einbezug des Medizinischen Dienstes), ob ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt und genehmigt diesen. Die Genehmigung kann unbefristet oder befristet für mindestens ein Jahr oder auch über mehrere Jahre erfolgen.</p>	<p>HeilM-RL Anlage 2</p>
§ 7 Abs. 4 HeilM-RL	<p>Kann das Therapieziel aber nicht mit der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden, sind aus diesen individuellen medizinischen Gründen auch weitere Verordnungen möglich.</p>	<p>Alle anderen Heilmittelverordnungen sind von der Krankenkasse nicht zu genehmigen.</p>	<p>§ 32 Abs. 1b SGB V</p>
§ 32 Abs. 1a SGB V, § 8 HeilM-RL	<p>Bei schweren funktionellen oder strukturellen Schädigungen, z.B. bei einer Infantilen hemiplegischen Zerebralparese (das ist eine Parese (Lähmung), die durch eine zerebrale Läsion (das Großhirn betreffend) im Neugeborenen- oder Säuglingsalter durch Fehlbildungen,</p>	<p>Einzelne Leistungen der Physiotherapie (z.B. allgemeine Krankengymnastik) können bei erfüllen der technischen Voraussetzungen nach der ersten Behandlung als Präsenztermin in gegenseitigem Einverständnis zwischen Physiotherapeut und Kunde auch als Videotherapie durchgeführt werden.</p> <p>Die Heilmittelbehandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellen der Verordnung zu beginnen. Ist auf der Verordnung ein dringlicher Behandlungsbedarf angegeben, dann hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Tagen zu beginnen. Ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</p>	<p>§ 32 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 16b HeilM-RL</p> <p>§ 15 HeilM-RL</p>

Merke

Versicherte haben Anspruch auf anerkannte Heilmittel, wenn sie ärztlich verordnet werden.

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten



Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie:

Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (Stand 01. 01. 2025, abgerufen am 16. 03. 2025)

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
...
G80.0	infantile Zerebralparese Spastische tetraplegische Zerebralparese		ZN	EN1	SP1 / SP2 / SP6 / SC
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese				
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese				
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese				
G80.4	Ataktische Zerebralparese				
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese				
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet				
G82.0	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie Schlaaffe Paraparese und Paraplegie		ZN	EN1 / EN2	
G82.1	Spastische Paraparese und Paraplegie				
G82.2	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet				
G82.3	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie				
G82.4	Spastische Tetraparese und Tetraplegie				
G82.5	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet				
...

1a
schriftliche
Anträge

Zum Lernbeispiel von Seite 4

Hat Sieglinde Sauter Anspruch auf die verordnete Krankengymnastik ZNS nach Bobath?

Prüfen Sie die Voraussetzungen.

- Sieglinde Sauter ist AOK-versichert.
- Dr. Stefan Brosch verordnet 25 – 30 x Krankengymnastik ZNS nach Bobath.

- Krankengymnastik ZNS nach Bobath ist ein anerkanntes Heilmittel (§ 19 Abs. 3 Nr. 6 HeilM-RL).
- Die Diagnose „G82.1 – Paraparese“ ist in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 HeilM-RL) gelistet.

Sieglinde Sauter hat Anspruch auf die verordnete Krankengymnastik ZNS nach Bobath.

4a
Leistung
bewilligen



4 Vertragliche Beziehungen

1a
schriftliche
Anträge

Fortsetzung des Lernbeispiels

Sieglinde Sauter nimmt die Krankengymnastik ZNS nach Bobath bei der Physiotherapeutin Maria Becker in Anspruch. Maria Becker ist AOK-Vertragspartner. Es wurde für die Krankengymnastik ZNS nach Bobath ein Preis in Höhe von 44,15 € je Behandlung vereinbart.

Merke

Heilmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringenden abgegeben werden. Die Verträge zwischen der AOK und dem Leistungserbringer bzw. Verbänden regeln u. a. die Vertragspreise.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 124
Abs. 1 bis 3
SGB V

Heilmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringenden abgegeben werden. Zu den Zulassungsvoraussetzungen zählen jeweils die Ausbildung sowie die Praxisausstattung. Weitere Informationen zur Zulassung der Leistungserbringenden finden Sie in den Zulassungsempfehlungen (vgl. www.aok.de/gp/heilmittel).

§ 125 Abs. 1
SGB V

Der GKV-Spitzenverband und die Berufsverbände der Heilmittelerbringenden schließen Verträge über die Einzelheiten der Heilmittelversorgung.

§ 125 Abs. 2
SGB V

Die Einzelheiten der Versorgung, die Preise und die Abrechnung sowie die Verpflichtung zur Fortbildung werden in Verträgen vereinbart.

Zum Lernbeispiel

Kann Sieglinde Sauter die Krankengymnastik ZNS nach Bobath bei Maria Becker in Anspruch nehmen?

- Maria Becker ist AOK-Vertragspartner.

4a
Leistung
bewilligen

Sieglinde Sauter kann die Krankengymnastik ZNS nach Bobath bei Maria Becker in Anspruch nehmen.



5 Zuzahlung

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 32 Abs. 2
Satz 1, § 61
Satz 3 SGB V

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Zuzahlung von 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung an die abgebende Stelle.

§ 43c Abs. 1
Satz 1 SGB V

Die Zuzahlung ist mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen und gegenüber den Kunden kostenfrei zu quittieren.

Wie schon bei Arznei- und Verbandmitteln sind Kinder und Jugendliche von der Zuzahlung nicht betroffen.

Um für die Kunden den jeweiligen Zuzahlungsbetrag ermitteln zu können, benötigen Sie Angaben über die Anzahl der verordneten Heilmittelanwendungen und die Vertragspreise.

GR v.
26. 11. 2003
zu
§ 32 SGB V,
Ziff. 1, 2

Die Zuzahlungen sind nicht nur von den Kosten des eigentlichen Heilmittels (unmittelbare Kosten), sondern auch von den Kosten des Hausbesuchs, wie z.B. Hauspauschale und Wegegeld (mittelbare Kosten) zu leisten. Unter der Verordnung ist das „Rezept“ und nicht das einzelne verordnete Heilmittel zu verstehen. Wenn auf einem Rezept verschiedene Heilmittel verordnet werden (z.B. Massage und Fango), muss die versicherte Person neben der Zuzahlung von 10 % der Heilmittelkosten, eine Zuzahlung von 10 € für die Verordnung entrichten.

Beispiel

Verordnung einer Serie von sechs Massagen je 20,29 € (Vertragspreis) sowie Wärmetherapie mittels Heißluft je 6,97 € (Vertragspreis).

Folge

Berechnung der Zuzahlung:

20,29 € x 10 % = 2,03 € x 6	=	12,18 €
6,97 € x 10 % = 0,70 € x 6	=	4,20 €
+ 1 Verordnung	=	10,00 €
Gesamtzuzahlungsbetrag	=	26,38 €

Diese Zuzahlungsregelung gilt auch, wenn die Heilmittel im Rahmen einer ambulanten Vorsorgeleistung nach § 23 Abs. 1 und 2 SGB V abgegeben werden. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen bearbeiten“.

Gelegentlich werden Heilmittel auch im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung in der Arztpraxis durch angestellte Krankengymnasten, Masseure oder medizinische Bademeister abgegeben. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Ärztliche Behandlung“.

In den Fällen, in denen

- Massagen,
- Bäder oder
- Krankengymnastik

im Rahmen der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden, fällt die Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung ebenfalls an. In welcher Höhe diese Kosten anzusetzen sind, erfahren die Ärzte über ihre Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen.

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten



BE der SpVKK v. 11./12. 05. 2004, Pkt. 3

Beim Abbruch von Behandlungsserien oder bei Behandlungen mit preiswerten Heilmitteln kann es zu der Situation kommen, dass die Zuzahlung des Kunden die Kosten des Heilmittels übersteigt. § 61 Satz 1 SGB V ist in diesen Fällen entsprechend anzuwenden, wonach die Zuzahlung nicht mehr als die Kosten des Mittels beträgt. Sofern vom Kunden zu viel gezahlt wurde, muss der Heilmittelerbringer diesen Zuzahlungsbetrag zurückerstatten.

Beispiel

Verordnung von einmal Elektrotherapie à 7,91 €

Folge

Berechnung der Zuzahlung:

7,91 € x 10 %	=	0,79 €
+ 1 Verordnung	=	10,00 €
Gesamtzuzahlungsbetrag	=	10,79 €

Vergleich: 7,91 € < 10,79 €

Begrenzung der Zuzahlung auf = 7,91 €

Auch im Bereich der Heilmittel gibt es für Kunden, die durch diese Zuzahlung unzumutbar belastet würden, Befreiungsmöglichkeiten nach § 62 SGB V. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“.

Zum Lernbeispiel von Seite 9

In welcher Höhe übernimmt die AOK die Kosten? Hat Sieglinde Sauter eine Zuzahlung zu leisten? Wenn ja, in welcher Höhe?

- Für die Krankengymnastik ZNS nach Bobath wurde ein Preis in Höhe von 44,15 € je Behandlung vereinbart.
- Sieglinde Sauter ist 70 Jahre alt.
- Berechnung der Zuzahlung:

44,15 € x 10 %	=	4,42 €
4,42 € x 6 Behandlungen	=	26,52 €
+ 1 Verordnung		10,00 €
		36,52 €

- AOK-Kostenübernahme:

44,15 € x 6 Behandlungen		264,90 €
abzüglich Zuzahlung		36,52 €
		228,38 €

Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 228,38 €. Sieglinde Sauter hat eine Zuzahlung in Höhe von 36,52 € an die Physiotherapeutin Maria Becker zu leisten.

4a
Leistung
bewilligen

Merke

Kunden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten von Heilmitteln eine Zuzahlung in Höhe von 10 % sowie 10 € je Verordnung.



6 Krankenkassenwechsel

3
leistungsrechtliche Prüfung

GR v.
09. 02. 2002
i.d.F.v.
22. 09.
2008,
Abschn. II
Ziff. 5 Abs. 2

Bei Heilmitteln trägt diejenige Krankenkasse die Kosten, die am Tag der jeweiligen Leistungserbringung die Versicherung durchführt.

7 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Jan Wiens, fünf Jahre alt, ist bei der AOK versichert. Er ist bei Dr. Ulla Malze (Hals-, Nasen- und Ohrenärztin) in Behandlung. Sie hat sich auf die Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen spezialisiert und hat bei Jan Wiens ein ausgeprägtes Lispeln festgestellt und verordnet ihm zehnmal Sprachtherapie als Einzelbehandlung. Deshalb behandelt der Logopäde Jürgen Merschmann (AOK-Vertragspartner) Jan Wiens in zehn Sitzungen.

Mit den Logopäden wurden folgende Vertragspreise vereinbart:

- Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstdiagnostik 117,27 €
- Einzelbehandlung 45 Minuten mit dem Patienten 71,67 €
- Einzelbehandlung 60 Minuten mit dem Patienten 91,21 €
- Zweiergruppe 45 Minuten mit dem Patienten je Patient 64,50 €
- Gruppe mit drei bis fünf Patienten 45 Minuten mit dem Patienten je Patient 32,58 €

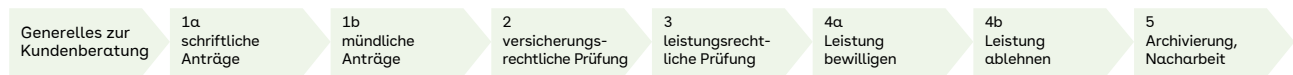
Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 1

Hat Jan Wiens Anspruch auf die verordnete Sprech- und Sprachtherapie? Wenn ja, hat er eine Zuzahlung zu leisten?

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten



2. Sachverhalt

Ihre Kundin Eva Schneider (geb. 10. 08. 1952) ist als Altersrentnerin bei der AOK versichert. Vor Jahren wurde bei ihr Diabetes mellitus Typ 2 festgestellt und seit einigen Wochen leidet Sie an einem diabetischen Fußsyndrom. Sie hat nun gehört, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung Anspruch auf eine podologische Therapie (medizinische Fußpflege) hat. Wenn ja, was ist zu tun?

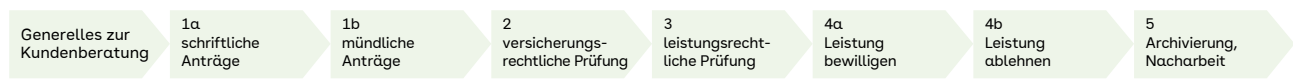
Hinweise

Die fachlichen Beratungsinhalte sind stichwortartig zu notieren; Kommunikationsmodelle wie die KIVA-Formel oder B4, sind nicht anzuwenden. Die Rechtsgrundlagen sind zu nennen.

Aufgabe 2

Beraten Sie Eva Schneider.

4.4 · Anträge auf Heilmittel bearbeiten





8 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Jan Wiens hat Anspruch auf die verordnete Sprachtherapie. Er hat keine Zuzahlung zu leisten.

Begründung

§ 32 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
§ 3 Abs. 1 bis 3, § 33 HeilM-RL

[hier]

Jan Wiens ist bei der AOK Gesundheitsversicherung versichert. Dr. Ulla Malze (Vertragsarzt) verordnet ihm wegen Lispeln zehnmal Sprachtherapie.

[also]

Sprachtherapie ist ein zugelassenes Heilmittel. Jan Wiens hat Anspruch auf die verordnete Sprachtherapie.

§ 124 Abs. 1 Satz 1 SGB V

[hier]

Der Logopäde Jürgen Merschmann ist AOK-Vertragspartner.

[also]

Jan Wiens kann die Sprachtherapie beim Logopäden Jürgen Merschmann in Anspruch nehmen.

§ 32 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V

[hier]

Jan Wiens ist fünf Jahre alt.

[also]

Er hat keine Zuzahlung zu leisten.

Lösung zu 2

Fachliche Beratungsinhalte

Eva Schneider hat grundsätzlich Anspruch auf eine podologische Therapie. Der behandelnde Arzt hat die Notwendigkeit der podologischen Therapie zu prüfen und kann bei medizinischer Notwendigkeit eine Heilmittelverordnung ausstellen.

Rechtsgrundlagen

§ 32 Abs. 1 SGB V, § 3 Abs. 1 bis 3,
§§ 27 bis 27b HeilM-RL